

小児慢性特定疾病医療受給転帰届

令和 年 月 日

奈良県知事 殿

下記の理由により、小児慢性特定疾病医療の給付を終了しましたので、届出ます。

記

届出者	フリガナ		受診者との続柄
	氏名		母 ・ 父
	電話番号		その他 ()
	住所	(〒)	

受給者番号									
受診者	フリガナ							生年月日	
	氏名							平成 令和 年 月 日	
転帰の理由		事由発生年月日 令和 年 月 日							
		※該当事項に○を付けてください。 1 治癒 ・ 軽快 2 死亡 3 県外転出 { 市町村名までお書きください 転出先 } 4 その他 { 4は理由を記入してください }							

※不要となった医療受給者証は、この届に添付してお返してください。

保健所使用欄
受付印